

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D en E ,beide te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, facetdener-  
vatie, Ketamine-infuus, stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 2013.00481  
Zittingsdatum : 4 december 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 20 Vo 883/2004)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

1) D te F, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top en Uitgebreide Tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een behandeling met facetdenervatie en Ketamine-infusen, uitgevoerd te Gent (België) (hierna: de aanspraak). De facetdenervatie is in eerste instantie door de ziektekostenverzekeraar vergoed, maar met ingang van 2012 niet meer. De Ketamine-infusen zijn tot en met 2012 vergoed. Bij brief van 30 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de Ketamine-infusen met ingang van 1 januari 2013 niet meer worden vergoed.

3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.3. Bij brief van 2 augustus 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 24 september 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 oktober 2013 (zaaknummer 2013117604) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat injectie- en denervatietechnieken bij chronische lage rugklachten niet voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Radiofrequente denervatie is een behandeling die onder de voorwaardelijke financiering kan vallen en dus verzekerd is. Niet gebleken is echter dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel van ZonMw. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 december 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 6 december 2013 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd opgave te doen van alternatieven voor lidocaïne, omdat verzoekster een intolerantie heeft voor opiaten. Bij brief van 16 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar op dit verzoek gereageerd. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gezonden. Zij heeft hierop bij brief van 21 december 2013 gereageerd, welke brief in afschrift aan de ziektekostenverzekeraar is gezonden.
- 3.10. Bij brief van 3 januari 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 16 januari 2014 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts heeft met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: *“Mevrouw lijdt aan het failed back surgery syndroom. Zij onderging een rugoperatie in 1976 aan de lumbale wervelzuil. Haar huidige lage rugpijn kent dus een mechanisch verband met de rugpathologie. Mevrouw scoort haar pijn met NRS waarden tussen 7 (beste waarde) en 9/10. Mevrouw werd langdurig conservatief behandeld; voor deze klachten consulteert zij ons ziekenhuis al sinds 2009 en tal van conservatieve behandelstrategieën werden toegepast (verschillende medicamenteuze trials, kinesitherapie, > 3 maand). Zij werd de voorbije jaren multidisciplinair gescreend door internist, revalidatiearts, psycholoog en psychiater, werd voorgesteld op de multidisciplinaire*

*staf waar na 2009 niet langer een indicatie voor multidisciplinaire revalidatie werd weerhouden. (...) We hebben mevrouw immers goed weten te behandelen met een facetbehandeling 1x/jaar en met IV toedieningen met pijnstillende medicatie per 3 maand. Deze interventies alleen zorgden voor een belangrijke toename in levenskwaliteit: ze verhoogden de spontane mobiliteit en het emotioneel welbevinden van patiënte. Dit bespaart bijkomende kosten voor fysiotherapie en psychotherapie. (...)*”.

- 4.2. Nadat de behandelingen met facetdenervatie en Ketamine-infusen in het UZ te Gent aanvankelijk (probleemloos) waren vergoed, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat deze behandelingen vanaf 2013 niet meer voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster is het hiermee oneens, omdat zij na jarenlange klachten, doorverwijzingen en tot slot na een zeer uitgebreid onderzoek van diverse disciplines, terecht kon bij de pijnpoli. De artsen aldaar hebben ingezet op beide behandelingen, die goed aanslaan. De kwaliteit van deze artsen mag niet worden betwijfeld. Verder moet worden opgemerkt dat haar kwaliteit van leven aanmerkelijk is verbeterd.
- 4.3. De door verzoekster ondergane behandeling voldoet aan hetgeen de ziektekostenverzekeraar in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen noemt. Dat een bewegingsprogramma moet worden gevolgd is niet eerder met verzoekster of haar behandelend arts gecommuniceerd.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar begin 2012 schriftelijk heeft medegedeeld dat het Ketamine-infuus blijvend vergoed zou worden. Aan het eind van datzelfde jaar heeft de ziektekostenverzekeraar gemeend een dag voor een geplande behandeling zonder enig overleg of waarschuwing verzoekster te moeten berichten dat van verdere vergoeding wordt afgezien. Afgezien van het juridisch onhoudbare aspect daarvan, is dit een uiterst pijnlijke berichtgeving voor een behandeling die geestelijk en lichamelijk heel veel vergt.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster beoordeeld. Zij twijfelt er niet aan dat de behandelend arts ook naar (conservatieve) alternatieven heeft gekeken. Ketamine is echter niet opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). In Nederlandse ziekenhuizen wordt dit middel gebruikt als anestheticum. Het wordt niet toegepast als pijnmedicatie bij facetpijn. Er is onvoldoende bewijs (van hoog niveau) beschikbaar betreffende het Ketamine-infuus voor de behandeling van facetpijn. Op Pubmed is onvoldoende literatuur te vinden voor het gebruik van een Ketamine-infuus als pijnbestrijding bij het failed back surgery syndroom. Daarnaast is geen sprake van rationele farmacotherapie.
  - 5.2. De ziektekostenverzekeraar is voorts van mening dat facetdenervatie geen verzekerde zorg is. Indien aan het onderzoeksprotocol van ZonMW wordt voldaan kunnen, in het kader van de voorwaardelijke financiering, enkele radiofrequente behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen. Het gaat dan om radiofrequente facetdenervatie, radiofrequente denervatie van zenuwtakjes naar de tussenwervelschijf, radiofrequente denervatie van zenuwtakjes van het sacro-iliacaal gewricht, of een combinatie van deze behandelingen. De voorwaarden uit het concept-onderzoeksprotocol

zijn de volgende. Patiënten worden geselecteerd volgens de diagnostische criteria zoals benoemd in de Praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding. Dit betekent een diagnostische blokkade van de facetgewrichten of het SI-gewricht (met positief effect) of een discografie bij discogene pijn. Naast de denervatiebehandeling vindt een beweegprogramma plaats. Het gaat daarbij om oefentherapie met aandacht voor gedragsverandering door een fysiotherapeut.

- 5.3. Indien niet aan de voorwaarden van het protocol wordt voldaan, is geen vergoeding van de behandelingen mogelijk, omdat dan geen sprake is van zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Verzoekster heeft geen beweegprogramma gevolgd, zodat niet is voldaan aan de voorwaarden, en de facetdenervatie in haar situatie niet kan worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de kosten in het verleden wel eens zijn vergoed, bijvoorbeeld door de wijze van declareren door de zorgaanbieder of per abuis. Sinds twee jaar is er een onderzoeksproject in het kader van ZonMw. Facetdenervatie is daarom tijdelijk in het pakket opgenomen. Anders dan verzoekster stelt, zijn de spelregels niet veranderd. Voorheen zouden de kosten in ieder geval niet zijn vergoed.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### ***"B.4.3.1. Waar hebt u recht op?"***

*U hebt recht op medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:*

**B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt**

*Deze zorg zonder opname omvat onder andere:*

1. oogheeskundige zorg;
2. aanleggen van gips;
3. ECG-onderzoek.

**B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen**

*Deze zorg omvat:*

1. de verpleging;
2. de geneesmiddelen;
3. de hulpmiddelen;
4. de verbandmiddelen;
5. laboratoriumonderzoek.

*(...)*

**B.4.3.2. Voorwaarden Zorgverlener**

*Een medisch specialist verleent de zorg.*

**Verwijzing**

- a. *U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.*
- b. *Als het gaat om oogandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.*

**Tarieven**

*Wij hanteren verschillende tarieven. Dat hangt ervan af naar welke zorgverlener u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.*

**Plaats**

- a. *De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist. (...)*

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

**“B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland** *Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:*

- a. *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- b. *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)*

- 8.5. Artikel A.3.3. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“In afwijking van artikel A.3.2. onderdelen b. en c. omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden.”*

- 8.6. Artikel B.22. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op de volgende zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voorwaardelijk voor een bepaalde periode zijn aangewezen:*

- a. *tot 1 januari 2016 behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie; (...)*

*De indicatie en behandelingen onder a. en b. van artikel B.22.1. zijn overeenkomstig de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. (...)*"

- 8.7. De artikelen A.3.3 van 'Hoofdstuk A', B.2., B.4.3. en B.22. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 5 Bzv bepaalt dat onder de zorg en diensten bedoeld in artikel 2.4 Bzv ook de zorg en diensten vallen die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal vier jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten. Artikel 2.2 sub a Rzv bepaalt dat de zorg, bedoeld in artikel 2.4, tevens omvat behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequentie denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- "1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
  - 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Niet gebleken is dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

### **Facetdenervatie**

- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is in geschil of de behandeling van aspecifieke lage rugpijn met facetdenervatie, als uitgevoerd bij verzoekster, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.  
Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.  
Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.5. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden ge-



concludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.

Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 28 oktober 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat de aan verzoekster verleende zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.
- 9.7. Het CVZ heeft verder medegedeeld dat radiofrequente denervatie een behandeling is die onder de voorwaardelijke financiering kan vallen. Verzoekster voldoet echter volgens het CVZ niet aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksprotocol van ZonMw. Het CVZ adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt de conclusie van het CVZ over en maakt deze tot de hare.

#### **Ketamine-infusen**

- 9.8. Zoals uit het advise van het CVZ blijkt, is Ketamine een anestheticum, en worden facetinfiltraties – maar dan met lidocaïne – ook gebruikt voor de proefblokkade die vooraf gaat aan radiofrequente denervatie. De commissie maakt hieruit op dat de Ketamine-infusen een zelfde doel dienen en als zodanig deel uitmaken van de hiervoor beoordeelde behandeling met facetdenervatie. Aangezien deze behandeling, zoals hiervoor overwogen, niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, komen de kosten van de infusen eveneens niet voor vergoeding in aanmerking.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor facetdenervatie en/of Ketamine-infusen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Conclusie**

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 januari 2014,

Voorzitter